

## Personalien

Name:		Vorname:	
Strasse:		Telefon Nr.:	
PLZ:	Wohnort:		
Bürgerort/Staat:			
Geburtsort/Staat:			
Geburtsdatum:		AHV. Nr.:	
Zivilstand:		Konfession:	
ehemaliger Beruf:			
ehemaliger Arbeitgeber:			
Steuerpflichtig:	Kt. Zug	<input type="checkbox"/>	andere <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2 ½ Zimmer-Wohnung	<input type="checkbox"/>	3 ½ Zimmer Wohnung <input type="checkbox"/> Garage
Ärztliche Behandlung:	ja	<input type="checkbox"/>	seit <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

## allgemeine Informationen

<b>Hausarzt:</b>			
Name:			
Adresse:		Telefon:	
<b>Krankenversicherung</b>		Mitglieder Nr.:	
Name:			
Adresse:			
<b>Nächste Angehörige</b>			
Name:	Adresse:	Telefon:	Natel:

## Anmeldung

Gewünschtes Eintrittsdatum: .....

Ort und Datum

Unterschrift

.....